

受付番号 _____

検査依頼用紙

依頼される検査項目 1 または 2 に○をおつけください。

1. プリオン病を含む急速進行性認知症の血液・髄液中バイオマーカー
血液の内容をお教えてください。(血漿 ・ 血清)

2. 緊急で1週間以内に結果を知りたいケース

* 2 を選択された方は 2.5 万円＋税が必要です。

今後物価の高騰と検査キットの高騰により料金をあげる可能性があります。

料金については長崎大学の事務から支払いの書類が送られてきます。